

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALCIDES TRANCOSO JUNIOR

**ALEITAMENTO MATERNO: UM ATO POSSÍVEL DE SER PROMOVIDO PELO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**Belo Horizonte
2013**

ALCIDES TRANCOSO JUNIOR

**ALEITAMENTO MATERNO: UM ATO POSSÍVEL DE SER PROMOVIDO PELO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Flávia Casasanta Marini

**Belo Horizonte
2013**

Dedico este trabalho a minha família, por se constituírem diferentemente como pessoas, igualmente belas e admiráveis em essência, estímulos que me impulsionaram a buscar uma vida melhor

AGRADECIMENTOS

Aos mestres que não somente transmitiram conceitos, mas despertaram a consciência, incentivando a criatividade, desenvolvendo a responsabilidade, ensinando a não tomar nada como definitivo e buscar a verdade como um horizonte inacabável.

Aos colegas de classe pela espontaneidade e alegria na troca de informações e materiais numa rara demonstração de amizade, solidariedade e companheirismo.

À minha família pela paciência por tolerar a minha ausência nas várias reuniões de família em que não pude comparecer.

E, finalmente e principalmente, a DEUS por ter iluminado o caminho de minha especialização, pelo privilégio que me foi concedido em poder compartilhar tamanha experiência e atentar para a relevância de temas que não faziam parte, em profundidade, de minha vida, por tuas bênçãos e consolo nos momentos difíceis e por sua compaixão renovada a cada manhã.

RESUMO

Nesta presente pesquisa realizou-se um levantamento de dados atualizados, contidos em trabalhos científicos pesquisados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, e as dissertações de mestrado e teses de doutorado do banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Esta seleção foi feita utilizando-se os descritores aleitamento materno e programa da saúde da família sobre as vantagens do aleitamento materno, e as possibilidades da transmissão de tal saber às pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde. O Programa de Saúde da Família é um lugar privilegiado para promoção da amamentação. O aumento da prevalência do aleitamento materno se dá quando as mães são ensinadas quanto ao ato de amamentar, e quando recebem ao menos uma visita domiciliar no puerpério. Neste Trabalho investigamos as causas desmame e as dificuldades relatadas pelas mães para a manutenção do aleitamento materno exclusivo, além de apresentar um plano de ação que objetiva o aumento da prevalência do aleitamento materno. O aumento da prevalência do aleitamento materno será vislumbrado com a implementação do programa de saúde da família, e para que isso ocorra é necessário a capacitação dos agentes de saúde de tal programa.

Descritores: Aleitamento Materno, Programa de Saúde da Família

ABSTRACT

In this present study we carried out a survey of updated data contained in scientific papers surveyed in the databases LILACS , MEDLINE and SciELO , and dissertations and doctoral theses database Coordination of Improvement of Higher Education Personnel - CAPES . This selection was made using the descriptors breastfeeding and family health program on the benefits of breastfeeding , and the possibility of transmission of such knowledge to people attending the Primary Health Care Program Family Health is a place privileged breastfeeding promotion . The increasing prevalence of breastfeeding is when the mothers are taught about the act of breastfeeding , and when receiving at least one postpartum home visit . In this work we investigate the causes and weaning difficulties reported by mothers for the maintenance of exclusive breastfeeding , and present an action plan that aims to increase the prevalence of breastfeeding . The increasing prevalence of breastfeeding will be glimpsed with the implementation of the health program of the family, and for this to occur it is necessary to train health workers in such a program.

Keywords: Breastfeeding , Family Health Program

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	15
6 AMAMENTAÇÃO E OS MÚLTIPLOS PAPÉIS DA MULHER.....	17
7 COMPLEXIDADE E DIFICULDADES DO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO	19
8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A importância do leite materno para o bebê é indiscutível em toda a literatura existente, fornecendo um alimento completo e equilibrado, sendo considerado uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e de desenvolvimento da criança em seu primeiro ano de vida (OMS, 1994).

Nas últimas décadas muitas investigações científicas também constataram muitos benefícios tanto para a saúde do bebê quanto para a mulher, o que fundamentou a atual política de aleitamento materno (AM) no Brasil (TOMA; REA, 2008).

O aleitamento materno não pode ser reduzido a uma ação de saúde, uma vez que é uma prática social permeada “por representações, valores e, inclusive, ideologias e ocorre de modos diferentes, a depender do período histórico e do estrato social considerado” (REZENDE et al, 2002, p.154).

É importante que se tenha consciência de todos estes fatores ao se conjecturarem as metas de promoção do aleitamento materno que o Ministério da Saúde preconiza (BRASIL, 2002). Segundo estas, espera-se que o lactente seja amamentado com exclusividade (isto é, sem uso de chás, sucos, água ou alimentos sólidos, exceto medicamentos) durante seus primeiros seis meses de vida. Paradoxalmente, uma Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada nas capitais dos estados e no distrito federal, revelou que a mediana de aleitamento materno exclusivo é de apenas 54 dias (Brasil, 2009), portanto ainda estamos longe da meta proposta pelo Ministério da Saúde.

Estudos demonstraram que com a industrialização, a II Grande Guerra Mundial, a arrancada do trabalho feminino, os movimentos feministas, as mudanças na formação da família, o despreparo ou indiferença dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno tiveram como consequência uma baixa na incidência e na prevalência do aleitamento materno.

Foram as mulheres com maior instrução/escolaridade que mais precocemente deixaram de amamentar os seus filhos, sendo rapidamente imitadas pelas mulheres com menor escolaridade (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

No Brasil, a importância do aleitamento materno teve o seu redescobrimto à partir dos anos oitenta, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, e o aumento da sua prevalência diminuiu o índice de mortalidade infantil, com redução comprovada em todo território nacional (ALMEIDA, 1999).

O AM é uma das bases da Atenção Primária à Saúde (APS), pois quando se trata de saúde coletiva, é considerado prioridade pelos organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização pan-americana de Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim como pelo Ministério da saúde do Brasil (MS).

Os hábitos alimentares são construídos pela interação da criança com a própria mãe ou com a pessoa mais ligada à sua alimentação, além do ambiente doméstico, das condições socioeconômicas e das relações familiares. Assim, o grupo familiar poderá ser o determinante na adoção de práticas de alimentação, favorecendo o estabelecimento de um padrão de comportamento alimentar infantil adequado ou não, como diz Bercini *et al* (2007).

Como é dito no Caderno de Atenção Básica, nº 23, do Ministério da Saúde (2009, p.9) “é na infância que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas”. As carências que se observam nessa fase deixam marcas para toda a vida. Deve-se falar também do vínculo, binômio mãe/bebê, que a prática do aleitamento materno proporciona.

Mesmo com o impulsionamento de ações que culminem em um maior índice de adesão ao AM, os números ainda estão aquém dos ideais. Uma das maneiras para promover o aumento do AM é capacitar profissionais da APS, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), utilizando ferramentas, como as visitas domiciliares às gestante e puérperas (proposta de intervenção). Ainda segundo o Ministério da Saúde (2009), sobre a importância da prevenção de agravos e promoção à saúde, cita o Programa Saúde da Família como instrumento de consolidação e compartilhamento de conhecimento, como se vê:

Na área da Atenção Básica à Saúde, a Estratégia Saúde da Família, desde a sua criação, no ano de 1993, vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde. Dentro desse processo, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica vieram para contribuir como instrumentos para o fortalecimento da Saúde da Família no âmbito do SUS. Recentemente, o Unicef, em sua publicação “Situação

Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil”, reconheceu a Estratégia Saúde da Família como uma das principais políticas adotadas pelo País responsável pela redução da mortalidade infantil nos últimos anos. Segundo dados do Unicef, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking de países capazes de atingir a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização Mundial da Saúde. O Brasil apresentou expressiva evolução na redução da mortalidade na infância entre 1990 e 2006, o que permite prever o cumprimento da meta muito antes do pactuado. O Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais (Viva Vida) foi lançado em outubro de 2003 e aposta na sistematização de ações e na parceria entre governo e sociedade civil organizada como a principal estratégia no enfrentamento da mortalidade infantil e materna (Caderno de Atenção Básica, nº 23, MINISTÉRIO DA SAÚDE , pag. 9).

2 JUSTIFICATIVA

A prevalência do AM no Brasil é um dado importante a ser considerado quando se propõe aumentar a adesão a este, pois sabe-se, segundo Sena et al (2007), que o percentual de mães que praticam o AM não exclusivo (Belo Horizonte) é de 82.4% (nos primeiros 30 dias), 69.9% (até os 120 dias), e de 59.4% (até os 180 dias). Tais percentuais são diferentes quando se trata de aleitamento materno exclusivo (AME), sendo de 30.6% (nos primeiros 30 dias), 30.6% (até 120 dias), e de 10.9% (até 180 dias).

Os fatores de risco quanto a não adesão ao AME são descritos em vários artigos científicos, sendo corroborado pelo Ministério da Saúde, Brasil (2009), que diz que o AME evita mortes infantis, evita diarreia, evita infecção respiratória, diminui o risco de alergias, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, melhor nutrição, efeito positivo na inteligência, melhor desenvolvimento da cavidade bucal, proteção contra câncer de mama, evita nova gravidez, menores custos financeiros, promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho.

O aleitamento materno é uma estratégia que integra as demais ações na redução da mortalidade infantil e materna. Neste sentido, a capacitação de profissionais que atuam diretamente na assistência materno infantil em maternidades, e em quaisquer outros serviços, como APS, do SUS/MG, para o manejo adequado do aleitamento materno é condição essencial na multiplicação de tal conhecimento.

Um dos grandes desafios de toda equipe de saúde dos PSFs para alcançar os objetivos dos projetos e programas de incentivo ao AM reside na busca por compreender os reais motivos pelos quais muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos. Desafio maior, por conseguinte, é atuar junto a elas, na tentativa de intervir nos aspectos que levam à decisão de deixar de amamentar para a introdução precoce de outros alimentos, na dieta do recém-nascido.

Conseqüentemente, a manutenção da amamentação nos seis primeiros meses de vida ainda é um desafio aos profissionais de saúde, uma vez que a amamentação depende das condições de vida e trabalho, do momento vivido pela mulher, de suas experiências anteriores, da trajetória cultural e, também, da compreensão que a sociedade tem a respeito da amamentação. Desta forma, este estudo foi delineado com o objetivo de se conhecer os aspectos que envolvem o

período do aleitamento materno (AM) e verificar as medidas possíveis para uma melhor atuação do Programa de Saúde da Família nesta mediação mãe e filho, a fim de promover o diálogo para identificar suas dificuldades e necessidades particulares.

3 OBJETIVO GERAL

Apresentar plano de intervenção no Programa de Saúde da Família para o aumento do índice de adesão ao aleitamento materno.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar produção acadêmica a respeito do aleitamento materno.

Identificar elementos chave para a elaboração do plano de intervenção.

Procurar estabelecer o papel da equipe de saúde da família na promoção do aleitamento materno.

4 METODOLOGIA

Para analisar produção acadêmica a respeito do AM foi feita revisão bibliográfica de produção científica publicada nos anos de 2000 a 2013. Foram utilizados artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais, dissertações de mestrado e teses de doutorado publicados no Brasil. Os artigos científicos foram selecionados nas bases de dados bibliográficas LILACS, MEDLINE e SCIELO, e as dissertações de mestrado e teses de doutorado do banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Esta seleção foi feita utilizando-se os descritores aleitamento materno e programa da saúde da família

Por serem considerados relevantes para o tema tratado, além da produção científica enquadrada dentro dos critérios acima, foram utilizadas duas publicações que não atendiam ao critério período de publicação, sendo uma tese de doutorado do ano de 1996, e uma publicação da OMS do ano de 1994.

Para identificar elementos chave para a elaboração do plano de intervenção foi evidenciado o baixo índice de adesão ao AM, como citado por Sena et al. (2007), e a grande importância da assistência à nutriz nas primeiras semanas pós-parto ((CARVALHAES et al, 2007; RAMOS, ALMEIDA, 2003). As visitas domiciliares como ferramenta na mudança da realidade, como citado por Debarbieux e Blaya (2002), tem como alvo identificar fatores de risco, tais como “deficiência na criação dos filhos, na supervisão” (...).

Para estabelecer o papel da ESF na promoção do AM foi proposto um plano de intervenção, no qual prioriza-se as visitas domiciliares às nutrizes, imediatamente ao parto, como descrito pormenorizadamente ao final trabalho.

5 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família (PSF), que é proveniente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e que posteriormente, na sua fase de consolidação é chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo o Ministério da Saúde (2008), vem alterando entre outros, o modelo de assistência médica. Cita ainda que a população carente é discriminada positivamente, e sua atuação está voltada para a prevenção e promoção à saúde, o que tem causado uma reorganização dos serviços de saúde.

Durante esse período de formulação e reformulação da assistência da saúde no Brasil, além do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), dentre outros, cita-se aqui a Constituição Federativa Brasileira, que amplia o entendimento conceitual de saúde, tem declarado como “direito de todos e dever do estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (ANDRADE, 2007, p. 39).

O PSF, que ainda está em fase de implantação em todo território nacional, aparece como modelo alternativo no enfrentamento aos agravos crônicos. Atualmente, como diz Terris (2001), a promoção da saúde está diretamente ligada sobre o controle de determinantes, sejam do meio ambiente, estilos de vida, sociais ou econômicos. Diz ainda que a epidemiologia das doenças crônicas prevalentes, desde 1943, já era observada pela medicina social inglesa que correlacionava condições sociais e ocupacionais à prevenção das mesmas.

Nesse sentido o Programa Saúde da Família (PSF) pode ser uma boa estratégia para promoção e apoio ao aleitamento materno (AM) na medida em que oferece às famílias atenção à saúde preventiva e curativa, em suas próprias comunidades. Especificamente com relação à amamentação, a equipe de saúde da família pode desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer suas experiências anteriores, o que significa para ela, naquele momento, a gravidez e outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o processo do aleitamento materno (PARADA *et al.*, 2005).

Outra frente em que se é possível atuar efetivamente são nas intercorrências comuns do início da amamentação, como traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, responsáveis muitas vezes pelo desmame precoce. Entretanto, mesmo em áreas de atuação de equipes de saúde da família, tem sido um desafio ampliar a adesão à prática do aleitamento materno, especialmente na forma exclusiva (PARADA *et al.*, 2005).

Tais intercorrências dessa natureza evidenciam a necessidade de uma rede de apoio à nutriz, sobretudo nas primeiras semanas após o parto (CARVALHAES *et al.*, 2007; RAMOS, ALMEIDA, 2003). Considerado um momento delicado, o período puerperal requer atenção e cuidados especiais da equipe de saúde, que deve proceder a uma avaliação criteriosa da amamentação (SANCHES, 2004). Assim, para que a prática do AM seja efetivamente estabelecida, além da vontade da mulher, é fundamental que ela esteja inserida em um ambiente favorável e que conte com apoio tanto familiar, quanto dos profissionais de saúde mais próximos, neste caso do PSF.

Os relatos de dor e da falta de apoio dos profissionais de saúde frente este fator, que implica não acolher e ajudar a mulher contribui em grande parte para o abandono da amamentação (RAMOS, ALMEIDA, 2003). Além da falta de sensibilidade em acolher a mulher no processo de decisão e adaptação ao AM, é importante lembrar que a assistência parte de um pressuposto de que a amamentação é algo natural, além de um dever. Por consequência, a mulher é reduzida à sua função nutridora, negando-se sua condição de ser humano envolvido no processo (REZENDE *et al.*, 2002; REZENDE, 2000).

A discussão foi fundamentada na concepção de aleitamento materno enquanto prática social (ALMEIDA, NOVAK, 2004; REZENDE *et al.*, 2002), que demanda um cuidado centrado em valores humanísticos, isto é, uma abordagem de compreensão e de apoio (REZENDE, 2000), ao invés da prescritiva tradicional.

6 AMAMENTAÇÃO E OS MÚLTIPLOS PAPÉIS DA MULHER

A manutenção da amamentação é uma tarefa complexa para os profissionais do PSF, isso porque muitos fatores influenciam na decisão de aleitamento materno e principalmente sua manutenção durante os primeiros seis meses de vida da criança, como é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo a OMS podemos determinar três diferentes categorias de aleitamento materno:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): prevalência de crianças menores de quatro meses ou de seis meses, alimentadas exclusivamente com leite materno nas últimas 24 horas;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP): prevalência de crianças menores de quatro meses ou de seis meses alimentadas com leite materno, mas que ingeriram água, chá ou suco nas últimas 24 horas;
- Aleitamento Materno (AM): prevalência de crianças menores de um ano que receberam leite materno, independentemente de outro alimento, nas últimas 24 horas.

A amamentação é uma experiência difícil e algumas vezes traumática, para a maioria das mulheres, envolvendo uma rede de fatores biológicos, psicológicos e sociais e, também, é mediada pela própria experiência da mulher (REZENDE *et al.*, 2002).

A manutenção da amamentação pelas mulheres passou a configurar-se como uma experiência complexa a partir do fenômeno da globalização e a difusão da informação de maneira cada vez mais rápida, até em tempo real, através da tecnologia, da informática que organiza a vida social segundo uma nova ordem mundial.

A amamentação tem se mostrado uma importante ação de promoção da saúde e prevenção de uma série de agravos para a criança, mãe e família, tornando-se uma ferramenta das mais úteis de baixo custo que se pode utilizar para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças (ALVES *et al.*, 2005).

Antigamente, as mulheres quando ganhavam seus bebês, muitas até em seu próprio lar, tinham um acolhimento intra e peridomiciliar, em relação ao aleitamento materno. Eram cuidadas e orientadas pelas amas de leite, parteira ou familiar mais antigo com mais experiência no assunto. O contexto social em que estavam inseridas era de famílias numerosas, com mais proximidade, muitas ainda não tinham descoberto o trabalho fora de casa e possuíam total disponibilidade para exercer essa função.

Com o passar dos anos e a Revolução Industrial a maioria das mulheres estavam residindo em zona urbana, as famílias passavam por uma mudança em sua estrutura e tornando-se menos numerosas.

O trabalho fora do lar conquistado pela mulher custou-lhe escassez de tempo e de alguém para cumprir este papel de mãe e gestora do lar, tais fatos contribuíram para que a mulher ao ganhar seu bebê, tivesse que buscar ajuda de um profissional de saúde para lhe ensinar sobre o aleitamento materno e o que é cientificamente recomendado e mais correto, passando a ser uma questão de saúde da família e não da mulher.

Como o novo papel da mulher na sociedade, ao longo deste século, ela vem, de forma gradativa, afastando-se da função de amamentar seus filhos. Alguns fatores como o cuidado com o corpo e a crença de que a amamentação torna as mamas flácidas, a família nuclear constituída de mãe, pai e filho, dificultando a transmissão natural dos costumes antigos, a invenção da mamadeira, a refrigeração e a pasteurização contribuíram para o decréscimo do aleitamento materno e o apogeu do aleitamento artificial (NAKANO, 1996).

Outro agravante é a reestruturação familiar, onde a mulher vem exercendo, cada vez mais, o papel de chefe de família e a instabilidade do mercado de trabalho exige disponibilidade da mãe/mulher em seu emprego, competindo com os homens no mercado de trabalho, sem a devida orientação quanto aos seus direitos de cidadania, quando exerce o seu papel de mãe/nutriz (creche, disponibilidade de horário, local para coleta e conservação do leite materno) e como manter a amamentação, mesmo exercendo atividades fora do lar.

7 COMPLEXIDADE E DIFICULDADES DO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

O processo de amamentação, embora aparentemente simples e fisiologicamente singular, requer um complexo conjunto de condições interacionais no contexto social da mulher e de seu filho. Só a informação, ou orientação, não basta para que as mulheres tenham sucesso em sua experiência de amamentar, ou fiquem motivadas a fazê-lo. É preciso dar condições concretas para que mães e bebês vivenciem esse processo de forma prazerosa e com eficácia (PARADA *et al.*, 2005).

Alguns problemas como mamilos doloridos, fissuras e ingurgitamento mamário são dificuldades que interferem no estabelecimento e sucesso da amamentação (ARAÚJO *et al.*, 2008; CARVALHAES *et al.*, 2007; OSÓRIO, QUEIROZ, 2007; PARADA *et al.*, 2005; RAMOS, ALMEIDA, 2003). A técnica da amamentação é importante para prevenir dor e traumas mamilares, e a adoção de medidas profiláticas durante o ciclo gravídico-puerperal tende a evitar tais problemas comuns, que além de interferirem na dinâmica de sucção e extração do leite, certamente dificultam o estabelecimento do aleitamento materno (SANCHES, 2004).

A prática de amamentar sem restrições de horário associa-se a ganho de peso adequado para o bebê, melhor estabelecimento e maior duração do aleitamento materno (GIUGLIANI, 2000; EUCLYDES, 1997), portanto deve ser sempre encorajada. Entretanto, mamadas com intervalos tão curtos, a cada trinta à quarenta minutos, ou mesmo de hora em hora, são preocupantes e podem indicar que o lactente não está pegando a mama corretamente. No entanto, não deve ser esquecido que a fome é mais frequente no aleitamento materno exclusivo devido à própria composição do leite materno, que é rapidamente digerido (UNICEF, 2009).

A má pega pode ser causada por uma posição inadequada e torna a mamada ineficiente, “[...] com o bebê ‘brigando’ com a mama, ou mesmo recusando o peito, [...] vindo a reforçar a ideia errônea da mãe e de familiares de que o leite é insuficiente ou fraco” (SANCHES, 2004, p.157). A má pega prejudica o esvaziamento da mama e impede que a criança receba o leite do final da mamada, mais rico em gordura e, portanto, indispensável para a saúde do bebê. Por consequência, pode haver diminuição da saciedade e a criança encurta o intervalo entre as mamadas. Os intervalos curtos tendem a aumentar a fermentação da lactose que pode agravar as cólicas, além de levar as mães a acharem que seu leite

é fraco ou insuficiente, razão que também dificulta a manutenção do aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2002).

Esta dificuldade pode chegar a constituir uma autêntica crise no processo de estabelecimento da amamentação, que poderia ser diminuída ou evitada, se os serviços de saúde estivessem organizados de modo a intervir de modo rápido e apoiador.

Ao achar que seu leite é fraco ou insuficiente, a mãe busca a causa e o modo de solucionar o mal-estar do bebê. Assim, o choro é interpretado como fome, e daí conjecturar que o “leite é fraco”, e introduzir novos alimentos é um passo mais constado por diversas pesquisas (CARVALHAES et al., 2007; OSÓRIO, QUEIROZ, 2007; PARADA et al., 2005; RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Para Ramos e Almeida (2003), a alegação de que o ‘leite é fraco’ sinaliza um pedido de ajuda das mulheres frente às dificuldades que estão vivendo e precisa ser interpretado pelas equipes de apoio a fim de se evitar a desmama ou a introdução de outros alimentos.

A depressão, que chega a acometer mais de um terço das mulheres no período puerperal (VITOLLO *et al.*, 2007; CRUZ et al., 2005), determina frequências significativamente menores de aleitamento materno exclusivo, como revelou o estudo de Vitolo *et al.* (2007).

Nesses casos de depressão a rede de apoio é fundamental. Dessen e Braz (2000) chamam atenção para a importância da rede social na manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações potencialmente estressantes como são as fases de transição decorrentes do nascimento de filhos. São várias as pessoas que podem oferecer suporte, destacando-se, entre elas, membros da própria família, vizinhos e profissionais. O apoio pode ser: material, financeiro, execução de tarefas domésticas, cuidado das outras crianças, orientação e, por último, mas não menos importante, emocional.

Tal suporte é fundamental na fase de estabelecimento e manutenção do aleitamento. No entanto, implica, por parte dos serviços de saúde, a reorganização em torno de outra lógica. Família e comunidade são, ao mesmo tempo, sujeito e suporte do cuidado. Esse, por sua vez, passa a abarcar a prevenção do isolamento social como estratégia de promoção do aleitamento materno.

Diante do que foi investigado podemos apontar os seguintes fatores que influenciam no processo de amamentação que são:

- De ordem psíquica: Condições da mãe, experiências anteriores, significados e valores do aleitamento materno.
- Influência do meio inserido: representações sociais sobre o aleitamento materno, significados e valores sociais e culturais de uma comunidade.
- Apoio Social: família, trabalho, creches, berçários, etc.
- Condições biológicas: dores, enfermidades, disfunções, etc.

Nesta pesquisa fica evidente a complexidade do processo de amamentação e o quanto as condições de suporte social são importantes. Alguns exemplos do cotidiano vivido pelas mães em que se identifica a necessidade de apoio a fim de favorecer o aleitamento de cunho social é quando uma nutriz retorna a casa após o parto e percebe-se sozinha para cuidar de uma série de tarefas, ou quando termina sua licença materna e precisa retornar ao trabalho remunerado, tornando frequente a parada na amamentação devido ao enfrentamento de situações que exigem intervenção imediata da nutriz e, muitas vezes, sem qualquer tipo de ajuda.

8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção está proposto a seguir em três blocos. Primeiro, são apresentados alguns dos protocolos e rotinas já em uso no atendimento à mulher gestante, em seguida é apresentado o princípio que fundamenta o plano proposto bem como os procedimentos pedagógicos a serem utilizados. Por fim, as ações são apresentadas em dois quadros. O primeiro traz as ações seguidas de comentários que as fundamentam e esclarecem a perspectiva que se utiliza aqui. O segundo, mais pragmático, reapresenta as ações dentro de um plano de ação que evidencia resumidamente como serão realizadas, a frequência, e os responsáveis.

Já são protocolos e rotinas efetivas da assistência à mulher gestante os importantes procedimentos listados abaixo, que continuarão sendo seguidos dentro das possibilidades da equipe do PSF:

- Manutenção de consultas de pré-natal, realizando no mínimo de 6 consultas durante o período da gravidez;
- Realização de exames complementares, tais como US + exames sangue, fezes, urina;
- Avaliação do cartão vacinal;
- Administração de suplementos minerais, especialmente ferro e ácido fólico;
- Realização de visitas domiciliares intercaladas com as consultas de rotina;
- Realização ainda de visita domiciliar pós-parto imediato, mediante acompanhamento/monitoramento com atuação da Agente Comunitário de Saúde (ACS), na qual a abordagem seria identificar/solucionar problemas possíveis no impedimento do AM, tais como, no caso da mãe, o ingurgitamento das mamas, as fissuras no bico do seio, a não 'descida' do leite para o seio, e no caso da criança principalmente a dificuldade na pega da mama, bem como posicionamento incorreto.

As ações complementares propostas neste plano inicial de intervenção visam, portanto, maior adesão das nutrízes ao AM, reafirmando os protocolos e rotinas existentes, e complementando ações já desenvolvidas.

O princípio orientação deste plano é a construção de capacidades, feita principalmente através do compartilhamento de informações e conhecimentos, e da demonstração prática. Serão utilizados para isso dois procedimentos pedagógicos: a

visita domiciliar e a oficina. Como citado por Debarbieux e Blaya (2002), as visitas domiciliares tem como alvo identificar fatores de risco, tais como “deficiência na criação dos filhos, na supervisão ou na disciplina, alta impulsividade, baixa empatia e egocentrismo” (...). Nesse contexto cita-se experiência exitosa obtida através de visitas domiciliares, compartilhada pelos autores citados:

No mais famoso dos programas de visitas domiciliares intensivas, David Olds e seus colegas (1986), em Elmira, (Nova York) selecionaram aleatoriamente 400 mães, ou para receberem visitas domiciliares de enfermeiras durante a gravidez ou durante a gravidez e os dois primeiros anos de vida da criança, ou para um grupo de controle que não recebia visita alguma. Cada visita durava de uma hora a uma hora e quinze minutos, com a periodicidade aproximada de uma visita a cada duas semanas. As enfermeiras visitantes davam conselhos sobre cuidados pré e pós-natais, sobre desenvolvimento infantil e sobre a importância de uma boa nutrição e de evitar fumar e beber durante a gravidez. Os resultados desse experimento demonstraram que as visitas domiciliares no período pós-natal acarretaram diminuição dos casos registrados de maus-tratos físicos e cuidados negligentes a crianças durante os dois primeiros anos de vida, principalmente entre mães solteiras adolescentes de baixa renda. Entre as mães visitadas, apenas 4% foram indiciadas por maus-tratos ou negligência do filho, ao passo que entre o grupo não visitado, esse percentual foi de 19%. No acompanhamento de 15 anos de duração, o alvo principal foram as mães solteiras de baixas condições econômicas. Dentre essas mães, as que haviam recebido visitas domiciliares pré e pós-natais houve menos casos de prisão que entre as mães que não haviam sido visitadas, ou que haviam recebido apenas visitas pré-natais (Olds et al., 1997). Além disso, entre os filhos dessas mulheres que haviam recebido visitas domiciliares pré e/ou pós-natais, o número de casos de prisão correspondeu a menos da metade do total verificado entre os filhos das mães que não haviam recebido visitas de qualquer tipo (Olds et al., 1998). (DEBARBIEUX; BLAYA, 2002).

Como demonstrado, vê-se a importância das visitas domiciliares, como ferramenta na complementação das orientações dadas nos consultórios durante o pré-natal. Neste tipo de visita, a gestante é abordada no seu convívio, possibilitando ao profissional de saúde ‘entrar’ em contato, ainda que de forma parcial, com a realidade por ela experimentada cotidianamente, podendo interagir, e, por conseguinte, influenciar nas mudanças necessárias.

As oficinas são ferramentas pedagógicas fundamentais quando se quer, além de produzir conhecimento de forma coletiva e reforçar conceitos de forma interativa, também estabelecer responsabilidades também coletivas com os resultados produzidos. Como escreve Corcione (2004, p.21, grifos do autor) “uma oficina, além de ser um processo pluridimensional e criativo, é algo COLETIVO, que passa pela construção de várias pessoas. Por isso o compromisso e a responsabilidade dos participantes do grupo são essenciais”. Todos assumem o papel de co-participantes,

portanto, responsáveis pelo processo, seus resultados e encaminhamentos originados.

Visando então maior adesão ao AM, a proposta para uma equipe de saúde do PSF é a realização três ações complementares, conforme comentadas no quadro 01 abaixo:

Quadro 01: Ações propostas e comentários gerais de esclarecimento

Ações	Comentários
1. Realizar diagnóstico situacional das mulheres gestantes e das gestantes em potencial	A agilidade na abordagem dos problemas inerentes, assim como a eficácia das ações, quando se fala de PSF, se dá, devido ao amplo conhecimento que os integrantes da ESF tem de sua área adscrita, possibilitada pelo diagnóstico situacional (citar fonte). Assim, tal diagnóstico, permite elencar cada grupo temático, tais como, hipertensos, diabéticos, gestantes, e demais, como também eleger estratégias na abordagem de cada um.
2. Realizar visitas domiciliares	A visita deverá ser realizada pelo profissional enfermeiro e um ACS, o mais breve possível à data do parto, na qual seriam reforçadas as orientações sobre o AM, cuidado com as mamas, e a escuta de todas as dúvidas e anseios da mãe. Após esta visita inicial, poderão ser mantidas visitas subsequentes com periodicidade mensal, até o sexto mês pós-parto.
2.1 Elaborar plano de visita a PUÉRPERAS.	Paralelamente às visitas às nutrízes, será realizado um cadastro da performance de cada caso, ou seja, registrando as semanas de gestação, peso ao nascer, cumprimento, dias de AM exclusivo, causas do não aleitamento quando for o caso, dificultadores para o AM, possibilitando traçar ajustes ao plano de ação, visando sempre o aumento da adesão ao aleitamento materno.
2.2. Elaborar cartilha e/ou roteiro de temas fundamentais a serem tratados na visita domiciliar com a gestante e com familiares, principalmente o cônjuge	Assim, será possível mensurar a resolutividade da
2.3 Realizar visitas domiciliares propriamente ditas	

	proposta de ação, com base nos dados anteriores à sua implantação, quando comparados aos dados posteriores à sua implantação em um determinado período de tempo.
3. Realizar oficina de amamentação	As oficinas representam um elemento novo, inserido para fortalecer o compromisso das gestantes e puérperas com a prática do AM.

Com essas considerações, o plano de ação fica estabelecido conforme quadro 02 abaixo, tendo como resultado esperado uma maior adesão materna ao aleitamento materno.

Quadro 02: Plano de ação

Ação	Como	Frequência	Responsáveis
1. Realizar diagnóstico situacional das mulheres gestantes e das gestantes em potencial	Utilizar fichário próprio de cada equipe de PSF das gestantes cadastradas, assim como intranet, cruzando dados.	1 vez Início da intervenção	ESF
2. Realizar visitas domiciliares	De acordo com data provável do parto, monitorar gestantes prestes a “darem a luz”, agendando visita o mais rápido possível pós-parto.	1 vez pós-parto imediato.	Enfermeiro/ACS.
2.1 Elaborar plano de visita a PUÉRPERAS.	Análise dos cadastros da ESF obtidos através de dados da própria ESF e da intranet	Imediatamente pós-parto, e manter frequência mensal e de acordo com demanda.	Enfermeiro, ACS
2.2 Elaborar cartilha e/ou roteiro de temas fundamentais a serem tratados na visita domiciliar com a	Reunião técnica Elaborar lista de assuntos que devem constar nas orientações. Deverá conter, pelo menos: benefícios e mitos da amamentação,	Anual	Enfermeiros da unidade, médicos, profissionais do NASF (nutricionista, fonoaudióloga,

gestante e com familiares, principalmente o cônjuge	orientações quanto aos direitos de cidadania da mãe/nutriz, estratégias de conciliação entre trabalho e amamentação.		Terapeuta ocupacional, ...)
2.3 realizar visitas domiciliares propriamente ditas	Uso do cadastro prévio e das informações anteriormente produzidas	Mensal	Enfermeiro/ACS
3. Realizar oficina de amamentação	Pelo menos dois encontros com grupos de gestantes para discutir estratégias de amamentação, direitos de cidadania, prática de amamentação.	Trimestral	Equipe multidisciplinar

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o Ministério da Saúde e outros órgãos internacionais recomendem o aleitamento materno do bebê de forma exclusiva até o sexto mês de vida, foi evidenciado diversos aspectos e dificuldades para as mães em permanecer com aleitamento exclusivo, seja pelo desejo de introduzir outros alimentos ou por outras causas estruturais, financeiros ou culturais.

Nesse sentido torna-se necessário que a equipe de profissionais do PSF atue efetivamente na promoção desta ação e que os profissionais nela inseridos possuam embasamento teórico-científico no manejo do aleitamento e na instrução destas mulheres, tanto no trato psicológico.

Pode ser evidenciado também que os serviços de saúde parecem exercer influência, porém as mães sugerem a importância de os profissionais de saúde estarem disponíveis para ajudá-las no dia a dia. Diversas pesquisas indicam que não basta a mulher querer amamentar, conhecer suas vantagens e duração recomendada, pois para que essa prática seja efetivamente estabelecida e mantida, ela precisa de apoio e de ser compreendida na particularidade de sua realidade sociocultural.

Os profissionais de saúde orientam para que o aleitamento materno exclusivo seja mantido nos seis primeiros meses de vida, porém apenas informar não é suficiente, pois as situações cotidianas são específicas para cada mulher e dependem de sua história e vivência, havendo necessidade de atendimento rápido por ocasião das crises, que são mais comuns nos primeiros dias e semanas após o parto.

Portanto, equipe de saúde da família pode desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer suas experiências anteriores, o que significa para ela aquele momento, a gravidez e outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o processo do aleitamento materno. Também é possível atuar efetivamente nas intercorrências comuns no início da amamentação, como traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, responsáveis muitas vezes pelo desmame precoce, visando ampliar a adesão à prática do aleitamento materno, especialmente na forma exclusiva. Para maior eficácia, será fundamental atentar para toda a demanda que uma ESF comumente encontra, reorganizando a agenda bem como

reestruturando a unidade para que seja possível a implementação do plano proposto.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L; ALVIM, C. G; JUNQUEIRA, H. S; GOULART, L. M.H.F; DIAS, L. S; MAGALHÃES, M. E. N; VIANA, M. R. A; CRUZ, R. M. B; AMARAL, T. M; MOULIN, Z. S. **Atenção à Saúde da Criança. Viva Vida**. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005. 224 p.

ANDRADE, L.O.M. BARRETO, I.C.H.C. **SUS passo a passo**: História Regulamentação Financiamento Políticas Nacionais, 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

ALMEIDA, J.A.G. de. **Amamentação: um híbrido natureza cultura**. 20a.ed. São Paulo: Fiocruz, 1999. 119 p.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza – cultura. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr.**,v.80, n.5, p.S119-25, 2004.

ARAÚJO, O.D; CUNHA, A.L; LUSTOSA, L.R; NERY, I.S; MENDONÇA, R.C.M; CAMPELO, S.M.A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.4, p.488-92, 2008.

BERCINI LO, MASUKAWA MLT, MARTINS MR, LABEGALINI MPC, ALVES NB. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Cienc. Cuid. Saúde**. 2007;6(2): 404-10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos n.107). Disponível em: <http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/guia_crianças.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L.; COSTA, M.P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses, em Botucatu- SP. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.15, n.1, p.62-9, 2007.

CORCIONE, D. Fazendo oficina. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **VER – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n.4, p.181-8, 2005.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic. Teor. Pesq.**, v.16, n.3, p.1-18, 2000.

DEBARBIEUX, E; BLAYA, C. **Violência nas escolas e políticas públicas** – Brasília : UNESCO, 2002. 268p.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatr.**, v.76, n.3, p.S238-52, 2000.

LEVY, L; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Edição Comitê Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês, 2008. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf. Acesso em 12 jul 2013.

NAKANO A.M.S. **O Aleitamento materno no cotidiano feminino**. [doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1996.

Organização Mundial da Saúde (OMS) Lactação. In: **Organização Mundial da Saúde (OMS) Alimentação infantil bases fisiológica**. São Paulo (SP): IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF Brasil; 1994. p. 17-35

Organização Mundial de Saúde. (OMS). **World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Update. Programme Control Diarrhoeal Dis** 1992; (10):1-4

OSÓRIO, C.M.; QUEIROZ, A.B.Z. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.11, n.2, p.261-7, 2007.

PARADA, C.M.G.L.; CARVALHAES, M.A.B.L.; WINCKLER, C.C; WINCKLER, L.A. WINCKLER, V.C. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.13, n.3, 407 14, 2005.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, set./out. 2003.

REZENDE, M.A.; SAWAIA, B.B.; PADILHA, K.G. Mãe boa amamenta ou a força da ideologia. **Fam. Saúde Desenv.**, v.4, n.2, p.154-62, 2002.

REZENDE, M.A.; SIGAUD, C.H.S; VERÍSSIMO, M.D.L.O.R; CHIESA, A.M; BERTOLOZZI, M.R. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.10, n.2, p.234-8, 2002.

SENA, M.C. F; SILVA, E.F; PEREIRA, M.G. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2007, vol.53, no.6, p.520-524.

TERRIS, M. Conceptos sobre Promoción de la Salud – Dualidades en La Teoria de la Salud Publica. Washington, OPAS/OM. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.47 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2001.

TOMA, T.S.; REA, M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, v.24, supl.2, p.S235-46, 2008.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3 promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de vinte horas para equipes de maternidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3_ihac_alta.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2013.

VITOLO, M.R; BENETTI, S.P.C; BORTOLINI, G.A; GRAEFF, A; DRACHLER, M. L. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev. Psiquiatr.** Rio Gd. Sul, v.29, n.1, p.28-34, 2007.